TEXAS
Health and Human
Services Commission

Date/Fecha

Caseworker/Administrador de casos

Office Address and Telephone/Oficina y Teléfono

Client Name and Address/Nombre y dirección del cliente:

AVISO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD

☐ **Usted llena los requisitos para recibir:**

1. _____
   por _____ **comenzando el** _____.
2. _____
   por _____ **comenzando el** _____.
3. _____
   por _____ **comenzando el** _____.

☐ **Hasta que se obtenga la aprobación médica final.**

☐ **Tiene que pagar $**_____ **para el** _____

y luego tiene que pagar $ _____ **por mes, comenzando el** _____.

Tiene que avisar de cualquier cambio en sus ingresos, bienes, dirección o situación dentro de los diez días siguientes a la fecha del cambio.

☐ **El servicio que usted está recibiendo,** _____,

va a cambiar _____ **comenzando el** _____.

☐ **Hasta que se obtenga la aprobación médica final.**

☐ **Su copago cambiará a**

$ _____ **por mes, comenzando el** _____ .

☐ **Usted NO llena los requisitos para recibir:** _____,

porque

☐ **El servicio que está recibiendo va a terminar:** _____ **; Referencia del Manual:** _____ .

Comentarios (hasta 5 líneas):

Vea la explicación de sus derechos en la página 2.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el administrador de casos cuyo nombre aparece en la página 1.

USTED PUEDE PEDIR UNA AUDIENCIA PARA APELAR CONTRA LA DECISIÓN EN LA PÁGINA 1. Usted pierde el derecho de apelar contra esta decisión 90 días después de la fecha de este aviso. Si actualmente está recibiendo servicios y apela contra esta decisión dentro de los 12 días siguientes a la fecha de este aviso, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que recibe actualmente hasta que termine la audiencia. Si la decisión que se tome en la audiencia concuerda con la acción indicada en la página 1, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que haya recibido durante el trámite de apelación.

Si pide la audiencia, puede representarse a sí mismo o puede pedir que lo represente un representante autorizado que puede ser un pariente, un amigo o un abogado. Si usted, su representante o el funcionario de audiencias lo pide, el administrador de casos puede estar presente en la audiencia.

SI QUIERE UNA AUDIENCIA, marque abajo el lugar indicado, firme y ponga la fecha. Devuelva este aviso al administrador de casos anotado en la página 1. Guarde la copia entre sus demás papeles. También puede pedir la audiencia en persona o por teléfono.

SI NO QUIERE UNA AUDIENCIA, no devuelva este aviso. Si dentro de los 12 días de la fecha de este aviso no hemos recibido la petición de una audiencia, tomaremos la acción indicada en la página 1. Si no recibimos la petición de una audiencia dentro de los 90 días de la fecha de este aviso, usted pierde el derecho a una audiencia.

Quiera o no la audiencia, puede pedir una entrevista informal para discutir su situación con el personal administrativo del departamento. Si quiere una entrevista, comuníquese con el administrador de casos para hacer los arreglos.

☐ **PETICIÓN DE UNA AUDIENCIA (Marque el cuadro SÓLO SI desea la audiencia).**

Presento esto como mi apelación y solicito una audiencia ante un funcionario de audiencias de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Comprendo que si sigo recibiendo servicios y el funcionario decide en mi contra, es posible que tenga que pagar el costo de algunos o todos los servicios recibidos mientras estaba pendiente la audiencia.

_____
Fecha

Firma–Cliente

BENEFICIARIO A QUIEN LE NEGARON MEDICAID. El Departamento Estatal de Servicios de Salud le enviará un Certificado de Cobertura. Puede usar este Certificado como prueba de cuánto tiempo recibió Medicaid si se inscribe en otro plan de salud que tiene una cláusula de padecimiento preexistente. Si no recibe el Certificado dentro de las dos semanas después de recibir este aviso, o si lo pierde y necesita reponerlo dentro de los próximos 24 meses, puede pedirlo llamando al 1-800-723-4789.